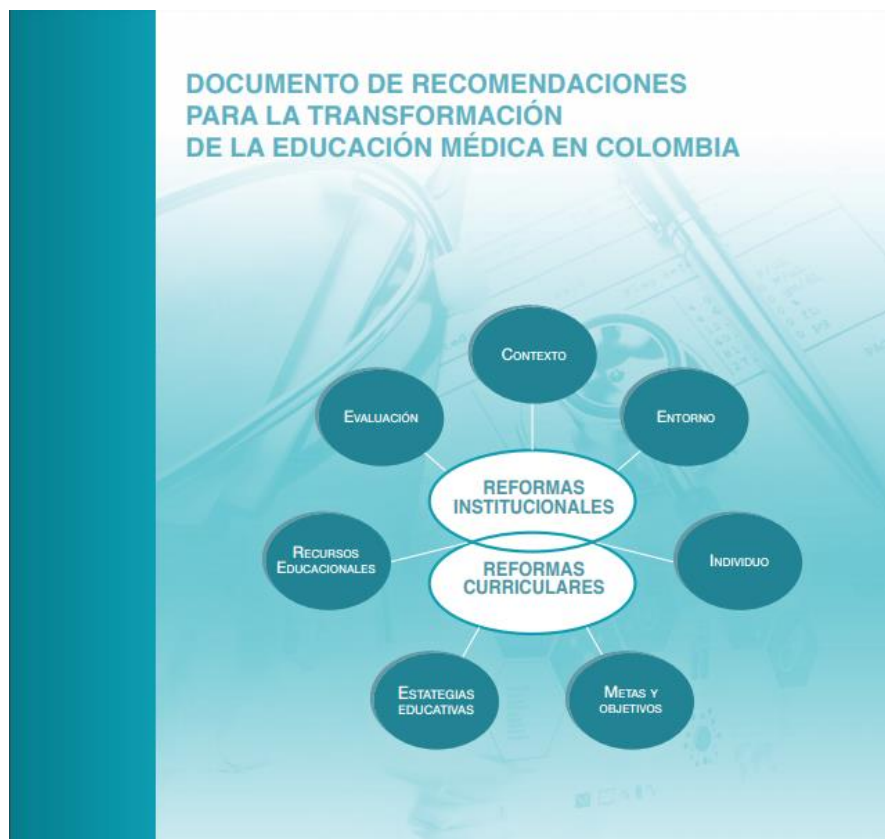




# Editorial

## ¿CÓMO FORMAR AL MÉDICO EN COLOMBIA?



Ha salido a la luz pública un interesante documento con una propuesta de cómo reformar la educación médica en Colombia (1). Considerando que la controversia acerca de las propuestas que allí se hacen es importante, este documento pretende exponer y así propiciar discusiones acerca de tan debatido documento, tomando únicamente la parte correspondiente a la formación de los médicos y dejando para otra ocasión el posgrado y la educación continuada. Estas discusiones son claves para la salud en Colombia. Como siempre, invitamos a que lean el original en:

<http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/2017/MARZO/Documento%20Final%20Comision.pdf>

A continuación, y con el riesgo de dejar por fuera algo clave de lo escrito por los autores, presentamos este resumen, a través del cual, emitimos nuestros puntos de vista, solo como aporte a los necesarios debates.



[http://www.periodistadigital.com/imagenes/2011/12/04/medicos\\_560x280.jp](http://www.periodistadigital.com/imagenes/2011/12/04/medicos_560x280.jp)

## De qué estamos hablando

Estamos hablando de la necesidad de pensar en la forma como se están preparando los médicos en Colombia. El documento parte de la evidente incapacidad de los profesionales que egresan para resolver lo que enfrentan. De hecho, el documento menciona que Colombia está migrando de un escenario en la formación médica eminentemente hospitalario a uno comunitario para estar en consonancia con la Ley Estatutaria en Salud y con la Política de Atención Integral de Salud (2).

## La comisión

Buscó hacerse lo más diversa posible, incluyendo desde autoridades del Gobierno hasta la academia, los prestadores e, incluso, los estudiantes. No fue escogida de manera representativa, pero no por ello deja de ser un esfuerzo necesario para entrar en el debate.

## Cifras importantes

1. Los médicos conforman uno de cada tres profesionales del área de la salud (existen 12 profesiones en esta área).
2. Sumados son cerca de 92 000 y la cifra sigue en crecimiento (más que la población en general).

- 2.1. Se superó el ideal propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2,5 por 1000 habitantes (¿exceso?).
- 2.2. Poco menos que uno de cuatro son especialistas.
- 2.3. La especialidad clínica de internistas, pediatras, anesthesiólogos, ginecobstetras son entre un 3 % y un 2 % en cada una, del total de médicos.
  - 2.3.1. Existe un sentido déficit en Colombia en estas especialidades.
  - 2.3.2. Existe una tendencia en la que las residencias y los internados están convirtiendo a sus actores en estudiantes y no en parte de los equipos de prestación.
  - 2.3.3. En nuestro país no se les paga a los residentes. En la mayoría del mundo el residente es considerado un prestador directo y recibe remuneración.
- 2.4. El retorno de la inversión de los médicos está por encima de los 15 años.
3. Existe un desequilibrio en su ubicación. Ejemplo, en tanto Bogotá tiene 6,5 por 1000 habitantes, Guainía tiene 0,6. Las zonas rurales tienen una densidad muy baja de médicos.
4. Más mujeres son ahora estudiantes y médicas.
5. Afirmar que existe incapacidad de los médicos generales para resolver la mayoría de los problemas por los que se les consulta.



## Comentario

Estas cifras y estos datos pueden inducir una primera propuesta, el cierre de facultades con el fin de disminuir el número de médicos. Si esa fuera la primera propuesta, debo afirmar que no estoy de acuerdo y no lo estoy porque creo que debe existir la libertad de poder estudiar lo que uno quiera. Pienso en mi caso concreto y debo decir que si no es porque el doctor Jorge Piñeros Corpas hizo la facultad de la FUJN Corpas, con la oposición de todas las demás facultades existentes, tal vez yo no hubiese podido estudiar lo que anhelaba... Hoy gracias a la cantidad de facultades (55), las posibilidades de estudiar Medicina están al alcance de muchos más que antaño. Sin embargo, existe el riesgo de ser recibido por una facultad de "dudosa" calidad. Para ello, el Estado ha de estar atento de no permitir la educación "negocio", la cual gradúa estudiantes con una precaria preparación. En tal sentido, sí propondría que se exigiera, en un término de tiempo razonable, a las 55 facultades existentes, la acreditación y, aquellas que no lo logren, pues que sean cerradas. Creo que es deber del Estado exigir y asumir la verificación de la calidad de la educación, tanto pública como privada.



## Acerca del desequilibrio en la ubicación

¿Qué hace que un médico no quiera estar en Guainía? Sencillamente el que no encuentra las condiciones para poder ejercer con dignidad. Por ende, es la clave crear condiciones laborales dignas y un escenario para ejercer con lo mínimo indispensable.

## ¿Es cierta la incapacidad de los recién egresados?



### Médicos generales solo resuelven 3 de cada 10 consultas que atienden

Gremio señala que limitaciones impuestas por el sistema es la principal causa.

Comentar

Facebook

Twitter

Google+

Linked in

Enviar



<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-1653892>

No lo creo y lo menciono porque en aquellos sitios en donde los rurales son el único recurso, su capacidad resolutoria rápidamente se eleva, más si se les ofrece poco apoyo. Probablemente el enfrentamiento, cuando se egresa de la facultad, será lo que dará al médico esa capacidad resolutoria. Creería que el ejercicio médico siempre ha de contar con apoyo y que, esa falta de resolutoriedad, es precisamente por la ausencia de dicha ayuda. Ahí nuestro sistema de salud tiene una responsabilidad, ya que en algunos sitios, solo se ocupan de cumplir con la demanda sin importar la satisfacción de los pacientes en torno a resolución, sin importar ni medir la transformación que la atención pueda ocasionar en la salud de la población. Le impiden al médico

general pedir determinados exámenes, se vuelcan más hacia la especialidad y, por supuesto, no disponen de un programa de asesoría o de educación continuada coherente con la realidad prevalente de la atención. El resultado es el esperado, un médico general "remitidor" y sin resolución. De hecho, esto parece ya estar identificado y es así como ya está surgiendo en las grandes IPS de cuidado primario (o primer nivel) el respaldo inmediato a los médicos generales a través de Médicos Familiares o de un grupo de especialistas básicos (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Cirugía) que ayudan inmediatamente a resolver el caso al que se enfrenta el médico general.

## Acerca de la Medicina



[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/5/5a/Rudolf\\_Virchow\\_1844.jpg/220px-Rudolf\\_Virchow\\_1844.jpg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/5/5a/Rudolf_Virchow_1844.jpg/220px-Rudolf_Virchow_1844.jpg)

Afirman los interconsultados que la Medicina debe ser entendida como una profesión que es autónoma y que está basada en el conocimiento, el compromiso social y la autorregulación. Su saber está sometido a un constante cambio, en la medida que surge la evidencia. La incertidumbre está presente en todo su ejercicio (no puede garantizar resultados absolutos).

La imagen de la izquierda corresponde a la del profesor Rudolph Virchow, quien en el siglo XIX vivió y mostró lo que ha de ser la integralidad en el mundo de la Medicina al exponer un sinnúmero de características de las células, haciendo importantes aportes y, además, al comprender a cabalidad la función social de la Medicina.





### Comentario

Investigación

Proyección



Docencia

## DEBEMOS INTEGRARNOS E INTEGRAR NUESTRA LABOR

Así es, y pensar en cómo desarrollar esa pertinencia social, resulta clave. Proponemos desde acá que las facultades se deben unir a sectores poblacionales (saliendo del hospital) para contribuir a cambiar esas realidades a las que son sometidos dichos sectores. Por ejemplo, para cambiar esa realidad de embarazos no deseados en adolescentes, ¿no sería válido que las facultades tuvieran como escenarios los

colegios y allí aplicaran estrategias destinadas a modificar esta realidad? Pero, es más, solo con continuidad podemos apreciar si sirve o no determinada estrategia. Es "viviendo y compartiendo" las realidades de la población como surgen las propuestas y, a lo mejor, las soluciones. Ahí el ejemplo del equipo docente resulta fundamental.

### Propuestas de la comisión

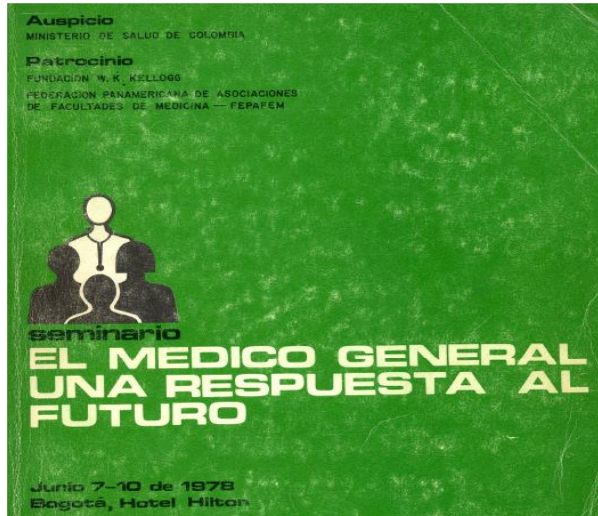
1. Crear un Consejo General de Educación Médica encargado de coordinar los ministerios, las facultades y los gremios. Tal Consejo deberá:
  - 1.1. Emitir los criterios mínimos para ingresar a estudiar Medicina.
  - 1.2. Establecer los estándares de la educación médica del pregrado.
  - 1.3. Establecer las competencias del médico graduado (en el internado).
  - 1.4. Establecer las condiciones y competencias del médico que desee hacer el posgrado.
  - 1.5. Emitir la certificación y recertificación de la profesión médica.
  - 1.6. Optimizar el registro calificado.

En todo el documento existe una gran insistencia en este consejo.



### Comentario

La entiendo, incluso la concibo, solo que me pregunto si esa no era la finalidad de entidades como ASCOFAME; es decir, de entidades que ya existen. Deberé revisar, pero asumo que en esa comisión han de estar representadas todas las facultades con la oportunidad de defender sus posturas. Mirando hacia atrás veo que esto no es nuevo, que ya se ha hecho.



Valdría la pena revisar lo que ha sucedido y, a través de ello, hacer una propuesta ajustada a la evidencia que surja de los intentos previos. El dilema que concibo es el peligro de pretender formar "un solo profesional". Creo que el mundo necesita de la diversidad. Por ejemplo, creo que nuestra facultad está volcada misionalmente a formar médicos generales y especialistas en Medicina Familiar. Pero veo que otras claramente pretenden formar médicos especialistas. Ante esto, asumo caminos y desarrollos en pregrado muy diferentes. ¿Podremos ponernos de acuerdo en el ambiente de esa comisión? Quién sabe. Ciertamente fijo como puntos en común de las posturas que la preparación de uno u otro profesional ha de hacerse con el mejor uso de los recursos y con el respaldo que determina la calidad que debe tener la formación. Esto lo menciono porque en nuestro origen, la Corpas surgió en contravía y contra viento y marea. Asumo que las facultades del momento, con un pensamiento dominante, se oponían a que se abrieran más facultades, incluyendo la nuestra. Por ende, el riesgo de esas comisiones es justamente que asuman posiciones radicales.

### ¡Ojo!... El aspirante

No puedo negar que me inquieta este punto y el papel que se propone para la comisión de ser la encargada de escoger el perfil de los estudiantes. Hoy existen algunas universidades que están escogiendo a sus estudiantes de comunidades vulnerables (3) y que llegan con más ganas que preparación. Por supuesto que deberán ser nivelados en los déficits que tengan y la oportunidad está en que esos estudiantes, por su arraigo, tienden a volver a sus zonas de origen.

### Del contexto

## DISEÑO DEL CURRÍCULO:

### CURRÍCULO TRADICIONAL:

Dos preguntas:

1. ¿Cuáles son los conocimientos requeridos para desempeñar las actividades profesionales?
2. ¿Cuáles son las disciplinas que contienen esos conocimientos?



Comités Académicos Razetti 2012

<https://image.slidesharecdn.com/3latransformacincurriculardeuestraescuela-profes-keybelldazdianajelenkovic-121105094821-phpapp01/95/3-la-transformacin-curricular-de-nuestra-escuela-profes-keybell-daz-diana-jelenkovic-4-638.jpg?cb=1352109920>



Plantean que:

- 1. Los currículos actuales son obsoletos.
- 2. Los nuevos currículos deben:
  - 2.1. Propender hacia las competencias.
  - 2.2. Promover el aprender a aprender.
  - 2.3. Ser pertinentes con la situación de salud de la población.
  - 2.4. Unirse con hospitales y centros de salud de la comunidad.
- 3. Es necesario un currículo "mínimo común" para todas las facultades, con un eje horizontal científico y de práctica profesional y uno vertical que articule las materias básicas con lo sociohumanístico y con salud pública.
- 4. El consejo creado (CGEM) sea el encargado de los ajustes curriculares.
- 5. Combinar el aprendizaje en aulas, en hospitales y en comunidad y se integren las materias básicas con las clínicas.



### Comentario

¿Por qué el CGEM (consejo propuesto) ha de ser el encargado de los ajustes curriculares? ¿Por qué se propone tanta "intervención y poder" de este consejo? Intuyo que lo que se quiere combatir es justamente la proliferación de facultades negocio, entendidas como aquellas en las cuales el negocio (ganancia de los dueños) está por encima de la educación. Pero creo que es deber del Estado no permitirlo y no puede ni debe perder tal misión. El Estado debe ser garante de que la educación pública o privada no sea una estafa. Es, y debe ser, parte de sus tareas. Así como debe ser el garante de la salud de la persona y de la población, debe serlo de la educación.

### Sobre el aprendizaje de los médicos

- 1. Observan que el proceso de aprendizaje de la mayoría no es transformativo (entendido como un proceso que transforma vidas), faltando más análisis y síntesis por parte de los actuales estudiantes.
- 2. Creen que estamos atrasados en el uso de las TIC dentro del proceso de aprendizaje.
- 3. Hacen un llamado para fortalecer el entendimiento del sistema de salud (y así poder ser parte activa en la transformación del mismo).
- 4. Creen que la educación médica debe tener al menos tres líneas de desarrollo:
  - a. Clínica, que sea altamente resolutiva.
  - b. Comunitaria con énfasis en APS.
  - c. Investigativa, capaz de enfrentar nuestros problemas.



### Comentario



<http://i-media-cache-ak0.pinimg.com/736x/04/13/0e/04130e3460724248fe47623003c44.jpg>

¡Pero claro que eso es lo que se pretende enseñar!... Ese es el reto que tenemos las facultades con sus respectivos currículos ¿Cuáles lo alcanzarán? ¿Cómo lo han hecho las que lo han logrado? Sin duda, tener espacios donde se exponga y aprecie lo que se hace es clave y ese hacer de los demás nos debe enriquecer. Pero es con esa idea que debemos promover y compartir las experiencias exitosas para aprender de los demás y esa debe ser la razón de ese consejo, ser un espacio donde las facultades podamos ver cómo mejorar lo que hacemos.



## En dónde se aprende la Medicina

Plantean tres escenarios que estén unidos a las redes de servicios de salud:

1. El clínico (hospital, consulta).
2. El comunitario (ambiente para hacer APS).
3. Los dos anteriores unidos bajo la tutela de las universidades.

Exponen el riesgo de la mercantilización de los escenarios y la pérdida del concepto docencia-servicio. Proponen no pagar por el uso de tales escenarios.



### Comentario

Sea cual sea el escenario, la academia ha de llegar a ayudar y transformar a la población objeto y ese será el beneficio que reciba el sitio donde estén los estudiantes con sus docentes. Una vez más, lo importante es que la facultad asigne a sus profesores y que estos sepan cómo contribuir en la atención de la población objeto. Claramente el beneficio a la población (sea en un hospital o en la comunidad) que implica el trabajo con los estudiantes ha de superar los costos que de ahí se desprendan para el sitio en cuestión. La

docencia que implica trabajar en cualquier escenario no puede ni debe sobrecargar a los trabajadores que allí estén, si así lo hiciera, la universidad deberá costear lo que implique para el escenario sustituir a ese recurso humano utilizado. Por ejemplo, si se necesita que una asistente de atención al público se reúna con un grupo de estudiantes, pues se debe cubrir su tiempo en la académica con la sustitución correspondiente, para no dejar a la población sin la atención que tal cargo implica.

### Por ejemplo...



En un escenario como nuestra clínica, ¿cómo puede ser el proceso docente asistencial? Pues un servicio debe contar con un profesor que, junto con un residente, estarán a cargo de un número de pacientes. Es importante recordar que ellos son los responsables de la atención (la salud de sus pacientes), independientemente de que asuman también la preparación de un grupo de estudiantes quienes hacen el seguimiento del paciente, supervisados por él y su residente. Sus horarios deben contemplar las actividades académicas que deban hacer (revisiones de caso o discusión de artículos)

para no dejar sin atención a los pacientes (de seguro con menos pacientes a cargo para contar con tiempo para lo académico). El producto de esas actividades necesariamente debe determinar beneficios para los pacientes. Si fuese en consulta, entonces el docente debe tener el tiempo suficiente para ir enseñando a través de la actividad. La consulta académica no puede durar lo mismo que la asistencial exclusiva, pero al igual que en la actividad hospitalaria, surgirán debates o revisiones que, como consecuencia, impliquen una mejor atención para los pacientes.



## Y los pacientes... ¿están de acuerdo?



Creo que sí, en tanto el trato sea respetuoso y ético. Es que justamente si algo hemos de cambiar es el fortalecer las relaciones médico-paciente, buscando que ello implique ese compromiso necesario para hacer la mejor medicina posible. Estoy seguro de que la presencia del estudiante hace que se ofrezca una mejor atención a las personas (4).

### Situaciones contextuales por cambiar

Reconoce el documento que el mercado laboral no es adecuado y que se debe propender a mejorar este aspecto, pues, de lo contrario, será difícil cumplir con el deber de la Medicina y, por supuesto, con la responsabilidad social.

Mencionan que hoy es más importante mostrar credenciales que saber (competencias). Eso debe modificarse y la preparación que resulte en competencias ha de ser la pauta dominante.



#### Comentario

Interesante anotación, se reconoce más el papel que las competencias. Claro, es de esperar que si tiene el diploma que acredita la preparación, pues la persona tenga las competencias. Pero hemos de reconocer que en el momento actual existe, y no solo en la salud sino en diversos campos, una educación de mala calidad ¿Por qué se ha permitido? Tal

vez sea el producto de una responsabilidad que el Estado ha perdido. No vigila la educación como debe. Es indispensable volver a retomar este papel. Así como en salud el Estado debe ser un garante de que la atención sea la mejor posible, en educación ha de tener la misma premisa.

### Para ello proponen

- Asegurar la formación de profesionales con criterio.
- Que el egresado sea íntegro y pueda ejercer incluso como médico general.
- Un profesional que pueda ejercer y resolver en el sistema.
- Estimular el servicio rural voluntario (servicio social obligatorio hoy) para que se acuda a donde nadie más va a través de incentivos.



#### Comentario

¡Pero claro que se deben formar profesionales con criterio! Y el criterio es la toma de decisiones en el acto médico, por ende, la formación de los futuros médicos que hoy se imparte debe estar enfocada en eso. ¿Cómo hacerlo? ¿Cómo enseñarles a los estudiantes a tomar decisiones? Sea cual sea el método, sin duda se debe compartir con ellos la atención que se hace sobre pacientes o personas sanas y, en donde el profesor como médico, debe asumir y tomar decisiones y, a lo mejor, luego tengan el tiempo de analizar por qué se hizo esto o aquello y, claro, lo más importante es que tengan la oportunidad de ver el desenlace de la decisión tomada (¿trajo los beneficios que se querían?).

Ser médico general hoy es solo el resultado de la frustración por no haber pasado a la residencia (o de ni siquiera haber tenido la oportunidad de presentarse). Sin embargo, debería ser una decisión de vida, debería ser un camino escogido por elección y no como resultado de una frustración. Para eso el sistema tiene que hacer valer al médico general. ¿Cómo? Sin duda ofreciéndole unas condiciones laborales dignas. Pero, además, promoviendo que ellos asuman la responsabilidad de la atención a familias, a las cuales les ofrezcan todo su saber. Para ello crear esos escenarios desde que son estudiantes resulta indispensable. En tales escenarios han de comprender cómo funciona el sistema de salud y lo que se debe hacer para mejorarlo.



Adicionalmente, debemos formarlos para que hagan parte de un gremio que trabaje por la dignidad de su trabajo y en donde el compromiso hacia los pacientes sea lo principal.

### De lo que necesita el individuo que va a estudiar Medicina



Parten de que un médico debe saber leer, escribir, hablar otro idioma (inglés), saber razonar (pensamiento lógico), usar bien los números, así como tener una mente humanista. Para ello proponen:

1. Establecer criterios de ingreso para todas las facultades.
2. Crear un sistema de becas que permita que quienes no tienen posibilidades económicas pero sí académicas puedan ingresar.

### Comentario



No puedo estar de acuerdo en que se impongan de forma generalizada los requisitos de admisión. Creo que cada facultad debe escoger su perfil y ofrecerlo como tal. Por ejemplo, nosotros, que por principio fundacional pretendemos ser muy abiertos a la admisión, deberemos eso sí, reconocer las debilidades con las que ingresa nuestro perfil de estudiantes y hacer un esfuerzo para suplirlas.



### Metas y objetivos del aprendizaje

Proponen que el internado pase a ser parte del posgrado e insisten en eso. Además, proponen que los currículos:

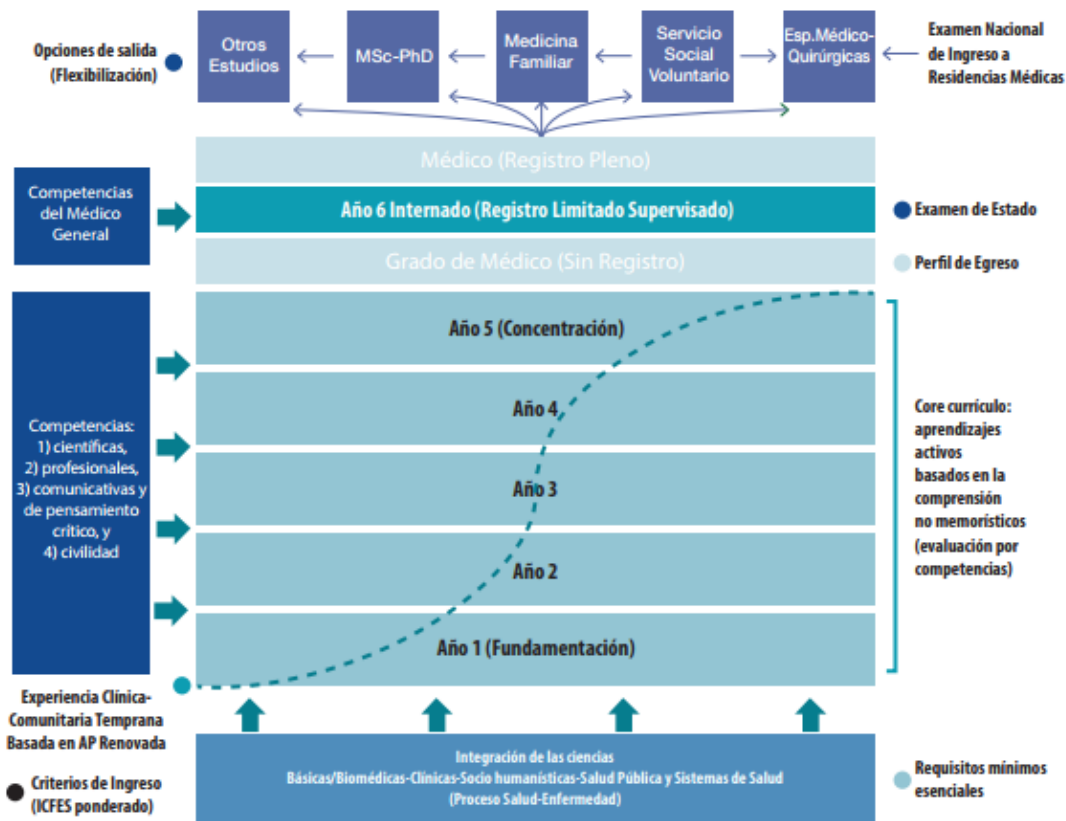
1. Promuevan la comprensión más que la memoria. Esto ha de ser la esencia del núcleo curricular de todas las facultades.

2. Insistan en los ambientes comunitarios como sitio donde ver la transformación en la salud de la población.

3. Promuevan la educación en valores para lo cual, el acompañamiento por parte del tutor es clave pues podrán observar su actuar coherente con ello.

### Un modelo

Gráfico 2. Propuesta de currículo médico de pregrado



A manera de ejemplo dicen que tanto el primer año de la carrera, donde se deben dar los fundamentos científicos de la Medicina, como el último año (antes del internado), sean donde más se insista en las experiencias clínicas y comunitarias. En su propuesta, primero es el grado y luego el internado; en este último se deben fortalecer las competencias que se quieren para el país y así garantizar que

todos los egresados tengan unas competencias mínimas para ejercer en Colombia, luego de lo cual, se dará el registro médico. En dicho momento se harán las pruebas Saber Pro. Además, ese último año ha de permitir una flexibilización para aquellos que deseen la Medicina Familiar o para los que anhelan las especialidades médico-quirúrgicas o los que aspiren a maestrías y doctorados.



### Se necesita

La facultad debe tener (o estar vinculada) a una **red integrada de servicios de salud** a través de la cual los estudiantes puedan tener los escenarios para hacer su aprendizaje práctico. Ninguna red debe cobrar por tener estudiantes y ellos deben ser parte de las soluciones de los problemas encontrados. Por eso se propone que:

1. Las facultades han de unirse a **redes** y no únicamente a hospitales universitarios.
2. Los hospitales universitarios tengan una universidad tutora.

### ¿Cómo saber si se están formando adecuadamente a los médicos?

Proponen:

- El examen nacional de certificación médica a cargo de las facultades.

### Comentario



[http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/images/reu\\_manaus\\_sep\\_bra.png](http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/images/reu_manaus_sep_bra.png)

Las facultades (universidades), sobre todo aquellas que, como nosotros, decimos tener énfasis en lo "social", deben comprometerse con las poblaciones y dirigir los esfuerzos educativos a contribuir para la transformación de las realidades adversas a las que se enfrentan. Eso es justamente la coherencia desde la universidad, la cual se transfiere a los docentes que, junto con sus estudiantes, se verán en contacto e implicados con diversas situaciones de

las personas que van a atender. Ahí el compromiso da pie a esa educación en valores que se pregona.

Interesante será analizar la propuesta acerca del internado como parte del posgrado. Ahora se abre la controversia que implica que analicemos lo que nos proponen y propongamos nuevos caminos.

### Referencias

- (1) El Espectador [internet]. Comisión de expertos propone 104 cambios a la educación médica en Colombia (10 Julio 2017). Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/comision-de-expertos-propone-104-cambios-la-educacion-medica-en-colombia-articulo-688915>
- (2) Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- (3) Godue C, Borrell RM. Ideas principales de la conferencia Beyond Flexner: Misión social de la Educación Médica [Internet]. Proyecto de Recursos Humanos para la Salud Área de Sistemas de Salud basados en la APS; 2012. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_formation/acerca\\_de/GODUE-BORREL-Ideas\\_principales\\_de\\_la\\_conferencia\\_Beyond\\_Flexner\\_Mision\\_social\\_de\\_la\\_Educacion\\_Medica.pdf](http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formation/acerca_de/GODUE-BORREL-Ideas_principales_de_la_conferencia_Beyond_Flexner_Mision_social_de_la_Educacion_Medica.pdf)
- (4) ConSalud.es [Internet]. Los médicos reconocen que la presencia de estudiantes en la consulta mejora la atención al paciente. Disponible en: <https://consalud.es/profesionales/profesionales/los-medicos-reconocen-que-la-presencia-de-estudiantes-en-la-consulta-mejora-la-atencion-al-paciente-33071>

